العنوان:	تطور المنظومة الصحية الجزائرية
المصدر:	مجلة العلوم الانسانية -الجزائر
المؤلف الرئيسي:	عياشي، نورالدين
المجلد/العدد:	ع 31
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2009
الشهر:	جوان
الصفحات:	293 - 309
رقم MD:	432476
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
قواعد المعلومات:	HumanIndex
مواضيع:	المواليد، الجزائر، المنظومة الصحية، المؤسسات الصحية، العمالة الطبية، المؤشرات الصحية، الوفيات، التمويل
رابط:	http://search.mandumah.com/Record/432476

مجلة العلوم الإنسانية ——— العدد31 - جوان 2009، المجلد ب، ص.ص.293- 309 ———
بحوث اقتصادية

تطور المنظومة الصحية الجزائرية

ملخص

تمتلك المنظومة الوطنية للصحة عدة مقومات إيجابية (المنشآت الصحية، الشبكة الاستشفائية، عمال السلك الطبي...)، سمحت بتحسين مجمل المؤشرات الصحية: مؤشر أمل الحياة عند الولادة، معدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، وفيات الأمهات. غير أن هذه النقاط الإيجابية لا يمكن أن تخفي جملة النقائص التي تعرفها منظومتنا الصحية (الإنصاف، والمسألة التمويلية...).

أ. عياشي نورالدين
كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير
جامعة منتوري قسنطينة
الجزائر

تعرف الجزائر منذ مدة تحولات كبيرة في ثلاث مجالات أساسية (اقتصادية، ديموغرافية، ومرضية). فقد تم الانتقال من اقتصاد مركزي إلى اقتصاد أكثر انفتاحا عبر تفعيل آليات السوق. في حين تكمن التحولات الديموغرافية في التراجع المحسوس لمؤشرات الخصوبة، معدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، والأطفال الرضع. إضافة إلى الارتفاع المحسوس الذي عرفه مؤشر أمل الحياة عند الولادة. أما التحول في خريطة المرض، فيكمن في تنامي أعباء الأمراض غير المتنقلة، مع استمرار تواجد الأمراض المتنقلة.

إن التوازنات الاقتصادية الكبرى، التي تم تحقيقها، قد كانت لها آثار سلبية على الجبهة الاجتماعية أهم مؤشراتها ضعف القدرة الشرائية للأسرة الجزائرية، وارتفاع مستويات البطالة. أما النفقات الوطنية للصحة، ورغم نموها بالقيم المطلقة، فإن حصتها من الناتج الداخلي الخام قد عرفت تراجعا منذ تطبيق برامج التعديل الهيكلي

Résumé

Le système national de santé dispose d'atouts importants (infrastructures sanitaires, réseau hospitalier, personnel médical…) qui ont permis d'améliorer la plupart des indicateurs sanitaires (espérance de vie à la naissance, taux de mortalité infantile, mortalité maternelle..). Or ces points positifs ne peuvent pas masquer les différentes contraintes et insuffisances que connaît notre système de santé (équité, financement…).

في سنة 1994. حيث انتقلت من 4,6% في سنة 1993 إلى حدود 3,5% في سنة 2005. وهي نسبة أقل مما تخصصه البلدان المجاورة(تونس والمغرب)، أين بلغت النسبة 5,5% و5,3% من الناتج الداخلي الخام في سنة 2005. مع الإشارة إلى أن توصيات المنظمة العالمية للصحة تؤكد على ضرورة تخصيص نسبة 5% على الأقل من الناتج الداخلي الخام للمجال الصحي. تضاف إلى ذلك إشكالية مساهمة الأسر في مجال التمويل، مما يطرح مسألة الإنصاف، ووصول الفئات الفقيرة إلى مختلف الخدمات الصحية الضرورية.

ونظرا للعلاقة السببية التي تظهر بين الاقتصاد والصحة، فقد ارتأينا أن نتناول الوضع الاقتصادي في الجزائر، واتجاهات نموه، في ظل التطورات الاقتصادية العالمية. ومن ثم التطرق للوضعية الصحية للسكان، من خلال مختلف المؤشرات والعناصر المحددة لها. ومحاولة عقد بعض المقارنات مع كل من المغرب وتونس.

1. مؤشرات الاقتصاد الجزائري:

لقد عانت الجزائر من أزمة اقتصادية حادة منذ سنة 1986، على إثر الصدمة النفطية العكسية، مما أدى إلى تراجع حاد في معدلات التبادل، برزت معها مظاهر الجمود، والضعف في نظام التخطيط المركزي، زيادة على هبوط معدلات التبادل وضعف دخل الصادرات بحوالي 50%.

كل هذه المؤشرات توحي بتدهور الوضع الاقتصادي في الجزائر، وهو ما دفعها مع بداية سنة 1994، إلى طلب إعادة جدولة ديونها الخارجية، واعتماد برنامجا للاستقرار الاقتصادي لمدة سنة، مدعوما ببرنامج للتصحيح الهيكلي لمدة ثلاث سنوات[1]. وقد شرع في تطبيق برنامج الاستقرار الاقتصادي من نوع ستاند بأي (STAND BY) في أفريل 1994 لمدة سنة، وبعدها برنامجا للتصحيح الهيكلي يمتد من أفريل 1995 إلى مارس من سنة 1998.

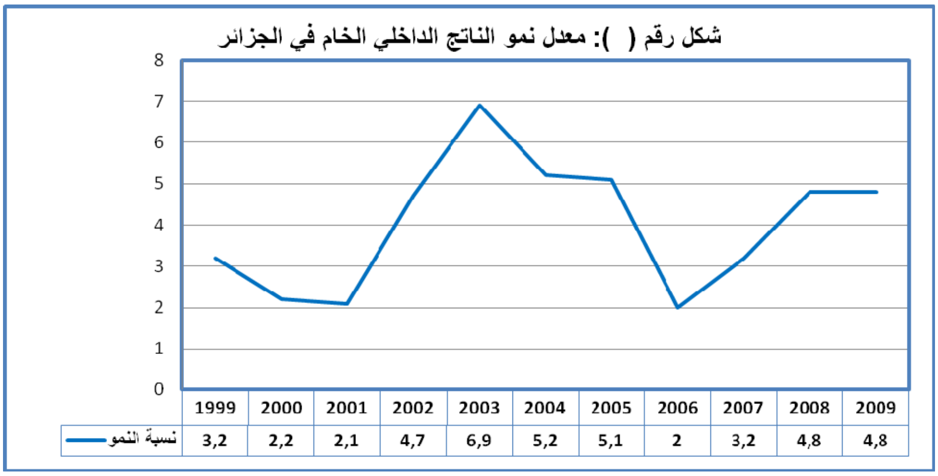
واستطاعت الجزائر تحقيق نتائج جيدة في مجال استقرار الوضع الاقتصادي الكلي، ويبرز ذلك من خلال تراجع مستويات التضخم إلى حدود 6% نهاية 1997، بعد أن وصل إلى حدود 29% عام 1994، وهذا بسبب تأثير خفض قيمة الدينار الجزائري بنسبة كبيرة في البداية، و كذا بسبب التعديلات في أسعار السلع المدعمة والمحددة إداريا. بحيث نجحت في تحويل اقتصادها، الذي كان يعاني من عجز مالي كبير، واختلالات وتشوهات حادة، إلى اقتصاد تم فيه إرساء مقومات الاستقرار الاقتصادي الكلي، الذي يمكنها من تنفيذ الإصلاحات الهيكلية المكملة لجهود التصحيح، وتحقيق معدلات نمو ايجابية، قابلة للاستمرار. والاستفادة من الفرص التي تتيحها اتجاهات العولمة، وزيادة الاندماج في الاقتصاد العالمي.

إن النمو الاقتصادي المسجل في الجزائر، منذ التسعينيات، يمكن تقسيمه إلى ثلاث فترات زمنية متميزة:[2]

- فترة ركود (1990–1995): تميزت بمعدل نمو سلبي للناتج الداخلي الخام للفرد. فالإصلاحات الاقتصادية في بداية التسعينيات لم تعطي النتائج المرجوة، وسجلت الجزائر معدلات نمو دون المتوسط بفعل التطورات، والمستجدات العالمية، وما ترتب على ذلك من تخفيض قيمة العملة الوطنية، واللجوء إلى إعادة جدولة الديون الخارجية.

- الفترة (1996- 2000): تميزت بمعدلات نمو إيجابية للناتج الداخلي الخام، لكنها غير كافية، بحيث بلغت في المتوسط نسبة 3,1%. بمعنى أن الإصلاحات الاقتصادية التي اعتمدت قد بدأت في إعطاء النتائج، وهذا بفضل السياسة المالية والنقدية الحذرة المنتهجة، والتي أدت إلى تحسن المؤشرات الاقتصادية الأساسية، وتحقيق التوازنات الاقتصادية الكبرى.

- **فترة تسارع النمو (2001 – 2005):** تميزت بمعدلات نمو مرتفعة، ترجع بالأساس إلى ارتفاع أسعار المحروقات على المستوى العالمي. مما سمح بتحقيق معدلات نمو بلغت في المتوسط 5%، مع التحكم في ظاهرة التضخم عند مستويات أقل من 3%، بالرغم من أن إحصائيات الديوان الوطني للإحصاء[3] تشير أن مستوى التضخم قد ارتفع إلى حدود 3,5% في سنة 2007، 2,5% في سنة 2006.
هذه الطفرة النفطية سمحت لقطاعات أخرى بالإقلاع، من خلال الأموال التي تم ضخها، وتنامي حجم الاستثمارات فيها، كقطاع البناء والأشغال العمومية، البريد والمواصلات، وباقي الخدمات.
وتمكنت الجزائر من مواصلة نموها الاقتصادي، من خلال تحسن المؤشرات الاقتصادية، بفضل نمو حجم الصادرات من المحروقات، وارتفاع أسعارها على المستوى العالمي التي تجاوزت أحيانا عتبة الـ100 دولار. وهو ما سمح لها بتحسين مركزها المالي الخارجي، بشكل إيجابي وملموس، وتنمية احتياطياتها من العملة الصعبة. بحيث انتقلت من 56 مليار دولار سنة 2005، إلى 70 مليار دولار في نهاية شهر أوت من سنة 2006. لترتفع هذه الاحتياطيات الخارجية في نهاية ديسمبر من سنة 2007 إلى 110 مليار دولار(أي ما يغطي ثلاث سنوات من الاستيراد)، ثم إلى 133 مليار دولار في شهر جويلية من سنة 2008[4]. هذا الارتفاع المستمر في عائدات المحروقات، مكن من تحقيق معدلات استثمار عالية، إلى جانب التسديد المسبق لديونها الخارجية، التي انخفضت إلى 623 مليون دولار أمريكي، بعد أن كانت في حدود 21 مليار دولار في سنة 2004.



بالنسبة لمعدلات النمو لسنتي 2008، 2009، هي نسب متوقعة.

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المعطيات الاحصائية الواردة في:

(5) Banque Africaine de Developpement BAfD/ OCDE,Perspectives économiques en Afrique 2008, annexe statistique, p 682.

إن الوضع الدولي المناسب، والتحكم الجيد في التوازنات الاقتصادية الكبرى، مكن من تحقيق مؤشرات إيجابية في معدلات النمو الاقتصادي، منذ عام 2002. ولكنها تبقى متواضعة، بالنظر للإمكانيات التي تزخر بها الجزائر، خصوصا في مجالات النمو خارج المحروقات. وهو ما جعل بلادنا تتسم باقتصاد غير متنوع، مقارنة مع الاقتصاديات الشبيهة. وأمام الجزائر فرصة سانحة للاستفادة من ارتفاع أسعار النفط العالمية في بناء اقتصادها، وخلق قاعدة إنتاجية استراتيجية، موازية لقطاع الصناعات الاستخراجية، والتي يمكن أن تساهم بشكل تدريجي وفعال في تكوين الدخل الوطني، ورفع مستويات التشغيل. بعبارة أخرى يمكن لهذه العائدات أن تستجيب للاحتياجات الاقتصادية الحالية، والاستثمار في المستقبل الاقتصادي للبلاد[(6)].

2. المسألة الديموغرافية:

لقد أصبحت المشكلة السكانية، الشغل الشاغل للمجتمعات، وتوليها الحكومات والمنظمات الدولية عناية كبيرة، خاصة في بلدان العالم الثالث، التي تفاقمت فيها المشكلة إلى حد كبير. حيث يؤدي هذا التزايد المتسارع في عدد السكان إلى التأثير على خطط التنمية، ونتائجها. ومن ثم زيادة التحديات في رفع مستوى معيشة المواطنين، وتوفير الحياة المستقرة لهم.

يعتبر عدد السكان في الجزائر مقبولا، إذا ما ربطناه بالفضاء الجغرافي. والملاحظ أنها تأخرت في تبني برامج السياسة السكانية، وتفعيلها إلى نهاية السبعينيات. فالنظرة التي كانت سائدة هي أن أحسن وسيلة هي التنمية. هذا الشعار تبنته الجزائر في الندوة العالمية للسكان في بوخارست (رومانيا) في سنة 1974[(7)]. ليتم لاحقا إعادة النظر في

المسألة الديموغرافية، والتي مكنت الجزائر من تحقيق نتائج ايجابية تجسدت بالخصوص في التراجع المحسوس في مستويات الخصوبة.

جدول رقم (01): تطور بعض المؤشرات الديموغرافية لدول المغرب العربي

	المعدل الخام للولادات لكل 1000 ساكن			مؤشر الخصوبة			العدد السنوي للمواليد بالألف	عدد السكان بالألف في سنة 2007	
	1970	1990	2007	1990	2000	2007	2007	أقل من 18 سنة	أقل من 5 سنوات
الجزائر	49	32	21	4,6	3,2	2,4	704	11780	3271
تونس	39	27	17	3,38	2,08	1,9	166	3178	830
المغرب	47	29	20	04	2,9	2,4	641	11075	3005

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المعطيات الإحصائية الواردة في:

(8) UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2007 ; Femmes et enfants : le double dividende de l'égalité des sexes, pages 122,123,125.

(9) UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2009 ; La santé maternelle et néonatale.

(10) Institut National de la Statistique (INS), Tunisie, www.ins.tn.

(11) Royaume du Maroc, Haut commissariat au plan, profil socio-démographique du Maroc, 2004, p 4.

ويعتبر مؤشر الخصوبة، من العوامل الأساسية في تحديد شكل التركيب العمري للسكان. وانخفاضه قد يكون له الأثر الإيجابي على مستو النمو الاقتصادي، بالنظر إلى ارتفاع عدد السكان في سن العمل، وانخفاض عدد السكان المعالين، مما قد يتيح أداء سريعا للنمو الاقتصادي على المستوى الكلي، من خلال ارتفاع مستويات الادخار والاستثمار.

إن موضوع تكامل التحولات الديموغرافية في التركيبة العمرية للسكان، مع عملية التنمية الاقتصادية والاجتماعية، يجب أن تحظى بعناية خاصة لدى الهيئات والحكومات. ويستمد الموضوع أهميته من حقيقة أن هناك تغيرات في الهيكل العمري للسكان ينبغي التهيؤ لها، والاستفادة من الفرص التي تتيحها. كما أن إدماج القضايا الكمية والنوعية للسكان في عملية التنمية الاقتصادية، والاجتماعية، يضمن تحقيق الأهداف الأساسية في مسألة الإنصاف، والتخفيف من حدة الفقر. وينصب الهدف الأساسي للسياسة السكانية، بشكل عام، على تحقيق التوازن بين النمو السكاني، النمو الاقتصادي والاجتماعي، في محاولة جادة لتلبية الحاجيات المتنامية للسكان، وتطوير مستوى الأسرة الاقتصادي الاجتماعي، الصحي، التعليمي والثقافي.

هذا التحول الديموغرافي يضع الاقتصاد الجزائري في مواجهة تحديات أكبر فيما

يخص خلق مناصب عمل إضافية، وتكييف السياسات الاجتماعية في ظل هذه المعطيات. إضافة إلى ذلك فإن تحديات العولمة، تفرض اتخاذ التدابير اللازمة التي تحول دون تفاقم ظاهرة البطالة، واستفحالها بين فئة الشباب، ومن ثم تفادي التبعات السلبية التي قد تنجر عن مثل هذه الأوضاع الاجتماعية المتردية.

3. المؤشرات الصحية في الجزائر:

يوجد مؤشران هامان، يعطيان فكرة واضحة وجيدة في مجال صحة الطفل، هما معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، ومعدل وفيات الأطفال الرضع (أقل من سنة). يمثل معدل وفيات الرضع مؤشرا بالغ الأهمية، بحيث يجسد مستويات الرعاية الصحية التي تقدمها مختلف المجتمعات لتلك الفئة العمرية. ويعتبر كذلك مؤشرا للمستوى الصحي العام في المجتمع، كما أن لوفيات الرضع علاقة طردية قوية مع معدلات الخصوبة السائدة. حيث أثبتت العديد من الدراسات أنه كلما ارتفعت معدلات وفيات الرضع والأطفال زادت معدلات الخصوبة والعكس صحيح.

وقد استطاعت الجزائر أن تهبط بمؤشر وفيات الأطفال دون سن الخامسة من 220 حالة في سنة 1970 إلى حدود 38 حالة وفاة لكل ألف مولود حي في سنة 2006. وهو ما يعتبر ترجمة للجهود المبذولة، والبرامج الصحية المعتمدة من قبل الجزائر لتحسين المؤشرات الصحية عامة، وصحة الأم والطفل بصفة خاصة. لكن هذه النتائج تخفي الفوارق الجهوية المسجلة بين مختلف المناطق، وكذا طبيعة هذه الوفيات. فالتحول الديموغرافي الذي تعرفه الجزائر لم يتم بصورة متجانسة، بحيث تم تسجيل تفاوت كبير على مستوى الولايات، والمناطق الصحية فيما يخص المرحلة الثانية من التحول الديموغرافي (اتجاهات الخصوبة). كما أن معدل الوفيات الخام يسجل هو الآخر تباينا بين المناطق، ووصل في بعض ولايات الجنوب، والهضاب العليا إلى مستويات حرجة.

1.3. معدل وفيات الأمهات في الجزائر :

إن معدل وفيات الأمهات، سواء الناتجة عن ظروف الحمل أو الولادة، يبقى مرتفعا في الجزائر، وذلك بالنظر للمنشآت الصحية المتوفرة، والإمكانيات البشرية (عمال السلك الطبي وشبه الطبي) التي تم تكوينها وتسخيرها لهذا الغرض.

فحسب الإحصائيات الوطنية، فقد انتقل هذا المؤشر من 215 حالة وفاة لكل مئة ألف ولادة حية في سنة 1992 لينزل إلى حدود 117 وفاة، وهذا حسب التحقيق الوطني المتعلق بوفيات الأمهات في سنة 1999. مع تسجيل تفاوت كبير حسب الولايات والمناطق، خصوصا ولايات الجنوب الجزائري، والهضاب العليا. حيث تراوح هذا المعدل بين 23,37 في ولاية عنابة، وهو أخفض معدل، و239 حالة وفاة لكل مئة ألف ولادة حية في أدرار بالجنوب الجزائري.(12) هذا المعدل انتقل لاحقا على المستوى الوطني إلى حدود 99,5 في سنة 2004، ثم إلى 92,6 حالة وفاة لكل مئة ألف ولادة حية سنة 2006(13). وبالرغم من التراجع المسجل، يبقى هذا المعدل

مرتفعا، خصوصا إذا علمنا أن أكثر من 90% من الولادات تتم في الوحدات الاستشفائية، بحضور عمال مؤهلين. هذه النتائج غير المشجعة جعلت وفيات الأمهات تشكل لوحدها 10% من مجموع وفيات النساء في الفئة العمرية بين 15 و49 سنة. كما أن أسباب بقاء هذا المؤشر في مستويات عالية تعود بالأساس إلى جملة من النقائص المتعلقة بمستويات التربية الصحية، متابعة أطوار الحمل، وكذا مستويات التغطية الصحية وفعاليتها.

2.3. مؤشر أمل الحياة عند الولادة:

تحسن المؤشرات الصحية في الجزائر، يبرزه أيضا مؤشر أمل الحياة عند الولادة، الذي انتقل إلى 72 سنة في سنة 2007، أي بزيادة بلغت عشرون سنة إضافية عما كان عليه في سنة 1970. وقد سجل هذا المؤشر نفس التحسن بالنسبة للبلدان المغاربية، مثلما يوضحه الجدول الموالي.

جدول رقم (02): مؤشر أمل الحياة عند الولادة بالسنوات في البلدان المغاربية

	1970	1990	2002	2003	2004	2005	2007
تونس	54	69	72,7	73,3	73,5	73,5	74
الجزائر	53	67	69,5	71,1	71,4	71,7	72
المغرب	52	64	68,5	69,7	70	70,4	71

المصدر: الموقع الالكتروني لبرنامج إدارة الحكم في الدول العربية : www.pogar.org/arabic/contries/chart.asp[14]

[15] PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007-2008. la lutte contre le changement climatique : un impératif de solidarité humaine dans un monde divisé.

[16] UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2009 ; La santé maternelle et néonatale.

يبرز التطور الإيجابي المسجل نقاط أساسية تتمثل في اتجاهات تغير التركيبة العمرية، والهرم السكاني، ومعه تغير في خريطة المرض. وتشهد الجزائر تراجعا نسبيا في معدل الإصابة بالأمراض المعدية، وارتفاع الإصابات بالأمراض المزمنة (ضغط الدم، السرطان، السكري...) والمتعلقة كما قلنا بالتركيبة العمرية للسكان، والناجمة عن انخفاض مؤشر الخصوبة، وارتفاع مؤشر أمل الحياة عند الولادة. هذه المعطيات تشكل أعباء إضافية يتوجب على المنظومة الصحية الجزائرية مواجهتها، خصوصا فيما يتعلق بالنفقات الصحية.

4. تطور النفقات الصحية في الجزائر:

لقد حققت الجزائر تحسنا كبيرا في نواتج الرعاية الصحية، ولاسيما من خلال تحسين مؤشر أمل الحياة عند الولادة، تخفيض معدلات الوفيات فيما بين الرضع والأطفال، إلا أنها تواجه تحديات صحية جديدة من شأنها التأثير على إنجازاتها التي تحققت حتى اليوم. وتكمن التحديات الجديدة، أساسا في الاحتياجات المتغيرة، والمتزايدة للسكان، في ظل التحولات الديموغرافية، وتغير الهرم السكاني، وكذا تغير خريطة المرض. فإلى جانب الأمراض المتنقلة، نلاحظ تنامي ما يسمى بالأمراض غير المتنقلة، أو المزمنة (السرطان، ضغط الدم، السكري...) والتكاليف المتنامية الناجمة عن ذلك.

وتشير المعطيات المتوفرة، بأن نسبة النفقات الوطنية للصحة قد بلغت في سنة 2005 نسبة 3,5% من الناتج الداخلي الخام في الجزائر. وهي نسبة ضعيفة إذا ما قورنت بالدول المغاربية المجاورة، أين بلغت نسبة هذه النفقات 5,5% من الناتج الداخلي الخام في تونس، ونسبة 5,3% في المغرب خلال نفس السنة. مع الإشارة إلى أن توصيات المنظمة العالمية للصحة تشير إلى ضرورة تخصيص نسبة 5% على الأقل من الناتج الداخلي الخام للمجال الصحي.

جدول رقم (03): تطور النفقات الوطنية للصحة في البلدان المغاربية (% من الناتج الداخلي الخام)

	1990	2000	2001	2002	2003	2004	2005
تونس	5,3	5,6	6,5	5,8	5,4	5,4	5,5
الجزائر		3,5	4,1	4,3	4,1	3,6	3,5
المغرب	2,5	4,8	5,1	4,6	5,1	5,1	5,3

المصدر: من إعداد الباحث انطلاقا من المعطيات الإحصائية الواردة في:

OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2006 [17]

[18] OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2008

[19] OMS, Stratégies de coopération avec la Tunisie 2005 – 2009, p 19.

[20] PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2004, La liberté culturelle dans un monde diversifié.

[21] PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007- 2008, op.cit.

[22] Wadjih Maazouzi et autres, Système de santé et qualité de vie, rapport thématique, cinquantenaire de l'indépendance du Royaume du Maroc, p 32.

غير أن هذه النسب المخصصة للمنظومات الصحية من إجمالي الناتج الداخلي الخام، لا تظهر نوع الإنفاق المعتمد في عملية التمويل[23]. وبعبارة أخرى لا بد من

التطرق إلى درجة الاعتماد على النفقات العمومية، والخاصة في مجال التمويل الصحي. فالإنفاق العام على تقديم خدمات الرعاية الصحية يشكل عنصرا جوهريا في ضمان الحصول على الخدمات الصحية، ومن ثم تخفيف عبء الإنفاق الفعلي للأسر. وقد تكون الأقساط المرتفعة، والمسددة بشكل مباشر من قبل الأفراد، عند حصولهم علي الرعاية الصحية، عائقا أمام توفير الحماية من الأخطار المالية. وهو ما يطرح مسألة تحقيق الإنصاف، ومن ثم القدرة على الحصول على خدمات الرعاية الصحية.

جدول رقم (04): الإنفاق على الصحة في البلدان المغاربية حسب نوع الإنفاق(%)

	2000		2002		2003		2005	
	إنفاق عام	إنفاق خاص	إنفاق عام	إنفاق خاص	إنفاق عام	إنفاق خاص	إنفاق عام	إنفاق خاص
تونس	48,5	51,5	49,9	50,1	45,7	54,3	44,3	55,7
الجزائر	73,3	26,7	74,0	26,0	80,8	19,2	75,3	24,7
المغرب	31,2	68,8	32,8	67,2	33,1	66,9	36,6	63,4

المصدر: تم إعداد الجدول اعتمادا على المعطيات الإحصائية الواردة في المراجع التالية:

(24) التقرير الاقتصادي العربي الموحد 2006.

(25) التقرير الاقتصادي العربي الموحد 2007.

(26)OMS, rapport sur la santé dans le monde 2005, Genève

(27)OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2006 4 -

(28) OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2008

(29)PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2004, op.cit

(30)PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007- *2008, op.cit.*

توضح معطيات الجدول السابق تباينا واضحا في دور الإنفاق العام في تمويل المنظومة الصحية. بحيث سجلت الجزائر أعلى المستويات بين الدول المغاربية الثلاث، بنسبة إنفاق عمومية بلغت 75,3% في سنة 2005، بعد أن بلغت 80,8% سنة 2003. في حين أن نسبة الإنفاق العام، في كل من تونس والمغرب، فلم تتعدى في سنة 2005 نسبتي 44,3%، و36,6% على التوالي.

تراجعت في تونس نسبة الإنفاق العام من 48,5% إلى 44,3% من إجمالي النفقات الصحية بين سنتي 2000-2005، مقابل ارتفاع الإنفاق الخاص من 51,5% إلى 55,7% في نفس الفترة.

أما مستويات الإنفاق الصحي في المغرب، فتعرف اختلالا كبيرا، في ظل محدودية، وضعف مستويات الإنفاق العام، والذي رغم تحسنه، لم يتعدى حدود 36,6% من إجمالي النفقات الصحية في سنة 2005. أما مستوى الإنفاق الخاص، فقد ظل مرتفعا، رغم تراجع نسبة مساهمته، والتي بقيت في حدود 63,4% من إجمالي هذه النفقات. هذه الأرقام توضح الأعباء الكبيرة التي تقع على عاتق الأسر المغربية في تمويل نفقات العلاج، خصوصا في ظل محدودية الاستفادة من مزايا التأمين على المرض، والتي لا يستفيد منها سوى 16% من سكان المغرب. ومن شأن الإجراءات الأخيرة، في مجال التأمين الإجباري على المرض أن ترفع مستويات التغطية في هذا البلاد إلى حدود 34%[(31)].

ويعتبر الإنفاق الصحي لكل فرد، من أهم المؤشرات للوقوف على فعالية، ونجاعة المنظومات الصحية. بحيث تظهر المعطيات المتوفرة عن هذا المؤشر، تفاوتا كبيرا بين البلدان المغاربية. فباستثناء تونس نلاحظ ضعف هذا المؤشر بالنسبة لكل من المغرب والجزائر. ويمكن توضيح تطور هذا المؤشر، والتفاوت المسجل من خلال الجدول الموالي.

جدول رقم (05): الإنفاق الصحي لكل فرد معادل القوة الشرائية بالدولار الأمريكي في البلدان المغاربية

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
تونس	365	463	415	409	502	477
الجزائر	132	169	182	186	167	175
المغرب	178	199	186	218	234	258

المصدر: تم إعداد الجدول اعتمادا على المراجع التالية:

[(32)] OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2006

[(33)] OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2008

[(34)] PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2004, op.Cit.

[(35)] PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2005.

[(36)] PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007- 2008, op.cit.

توضح معطيات الجدول أن الجزائر سجلت قيما متواضعة في هذا المؤشر، لم تتعدى حدود 175 دولارا أمريكيا (معادل القوة الشرائية PPA) في سنة 2005، بعدما سجلت 186 دولارا في سنة 2003. في حين سجل المغرب، مستويات إنفاق فردي أحسن من تلك المحققة في الجزائر بمستوى إنفاق بلغ 258 دولارا أمريكيا للفرد، معادل القوة الشرائية، في سنة 2005.

- مصادر تمويل المنظومة الصحية في الجزائر:

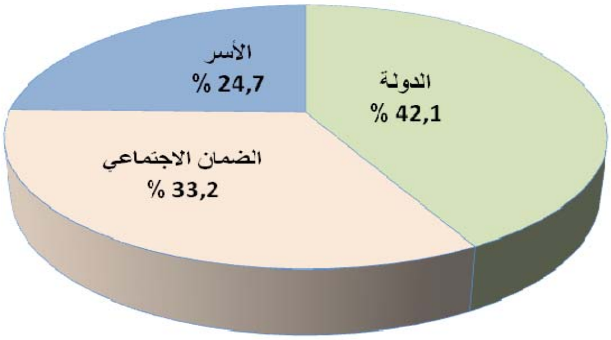
إن تمويل المنظومة الصحية الجزائرية، تعرف حاليا محدودية في تسخير موارد مالية إضافية، لضمان التكفل بالطلب المتزايد، والناتج أساسا عن التحولات الديموغرافية، والمرضية، التي تعرفها بلادنا. كما تعرف احتياجات السكان نموا، وتنوعا بالنظر لتطور مستويات المعيشة، التطور التكنولوجي في المجال الطبي، وتدفق المعلومات. كل ذلك جعل الأفراد أكثر إلحاحا في طلب العلاج، وتحسين نوعيته.

من المعروف أن هناك ثلاث مصادر أساسية لتمويل النفقات الصحية (الدولة، مؤسسات الضمان الاجتماعي، والأسر). وتختلف نسبة مساهمة كل قطاع، حسب طبيعة وخصوصيات كل منظومة صحية .

مصادر تمويل النفقات الصحية في الجزائر، تضمنها ثلاث مصادر أساسية، متمثلة في مساهمة الدولة، الضمان الاجتماعي، والأسر.

وتلعب النفقات العمومية دورا كبيرا في مجال التمويل الصحي في الجزائر، حيث بلغت ثلاثة أرباع النفقات في سنة 2005، أي بنسبة بلغت حدود 75,3%. وهي أعلى مما سجل لدى كل من تونس، والمغرب، أين بلغت هذه النسبة 44,3%، 36,6% على التوالي في نفس السنة. ورغم أن النفقات الصحية التي تتحملها الأسر الجزائرية، هي أقل مما هو مسجل في تونس، والمغرب، فهي تعتبر كبيرة ببلوغها 25,2% سنة 2005. وقد سجلت هذه الأخيرة، مستوى قياسي، في فترة الأزمة الاقتصادية، والصعوبات المالية، التي عرفتها الجزائر في التسعينيات. بحيث وصلت إلى حدود 28,1% من إجمالي النفقات الصحية في سنة 1999. ضعف مستوى النفقات الصحية، تتجلى من خلال تواضع النفقات الصحية للفرد، التي لم تتعدى 175 دولارا أمريكيا، معادل القوة الشرائية.

شكل رقم (02): مصادر تمويل الصحة في الجزائر في سنة 2006



المصدر:

[37] *Brahmia Brahim, Quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie, communication présentée au cours du séminaire pour le financement de l'assurance maladie, ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, Alger,2008.*

وتعرف صناديق التأمين على المرض في الجزائر (الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي للعمال الأجراء، والصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء) صعوبات مالية، جراء النمو المستمر للنفقات الصحية، في ظل الوضع الاقتصادي الذي يتميز بمعدل بطالة مرتفع، وصل إلى حدود 13,8% في سنة 2007. إضافة إلى ضعف مستويات التصريح بالعمال، على مستوى مؤسسات القطاع الخاص، وتزايد نشاط الاقتصاد غير المنظم. كل ذلك له تأثير سلبي على تمويل منظومة العلاج في الجزائر، في ظل تراجع مستوى الاشتراكات الاجتماعية، ومعها انخفاض في العائدات، مقابل الارتفاع في حجم النفقات.

ففيما يتعلق بتعويض الأدوية، فقد بلغت في سنة 2007 نسبة 45,7% من إجمالي النفقات الصحية للضمان الاجتماعي، بعد أن كانت تقدر بنسبة 33% في سنة 2000. أما الاستهلاك السنوي لكل مستفيد، من نظام التأمين على المرض، فقد تضاعف 3 مرات خلال 07 سنوات، لينتقل من حيث القيمة من 1036 إلى 3243 دينار جزائري بين سنتي 2000 و2007. هذه المعطيات يوضحها الجدول الموالي.

جدول رقم (06): نفقات الأدوية للضمان الاجتماعي في الجزائر.

	2000	2007
إجمالي النفقات الصحية للضمان الاجتماعي (مليار دينار جزائري)	**20,79**	**64,56**
نسبة نفقات الأدوية إجمالي النفقات الصحية للضمان الاجتماعي	**% 33**	**% 45,68**
النفقات السنوية لكل مستفيد بالدينار الجزائري	**1036**	**3243**

المصدر: [38] Brahmia Brahim, Quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie, op. cit.

جعلت هذه الوضعية الجزائر تتبنى جملة من الإجراءات الهادفة إلى تخفيض فاتورة الدواء من خلال منع استيراد الأدوية المنتجة محليا، وتشجيع وصف، واستهلاك الأدوية الجنيسة[39] التي لا تشكل سوى 30% من إجمالي الأدوية المدونة في الوصفات الطبية.

لقد عرفت النفقات الصحية لنظام الضمان الاجتماعي، نموا متسارعا في السنوات الأخيرة. هذه النفقات تأتي بالأساس من الصندوق الوطني للتأمين الاجتماعي للعمال الأجراء(CNAS) بواقع 96,5% من القيمة الإجمالية في سنة 2004، مقابل 3,5% للصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء (CASNOS).

وبالنظر للمؤشرات الحالية، فإن موارد الضمان الاجتماعي المخصصة للصحة، لن تعرف على المدى المتوسط، نفس وتيرة النمو التي عرفتها في السنوات الأخيرة. فنظام الضمان الاجتماعي في الجزائر مطالب بمواجهة جملة من التحديات، تكمن أساسا فيما يلي(40):

- التهرب من دفع الاشتراكات الاجتماعية، هي ظاهرة متكررة في الجزائر، بالرغم من غياب الدراسات الإحصائية التي تمكن من تقييم أثر عدم التصريح الكلي، أو الجزئي بعدد العمال. هذه الظاهرة تتعلق خاصة، بالصندوق الوطني للضمان الاجتماعي لغير الأجراء.

ضعف مستويات التصريح تفسر عدم قدرة هذا الصندوق على الوفاء بالتزاماته في تمويل المستشفيات، نتيجة لضياع ملايير الدينارات من موارده المالية. كما أن هذا التهرب من شأنه خلق مشاكل إضافية، فيما يتعلق بمسألة الإنصاف. على اعتبار أن الذين لا يسددون اشتراكاتهم، يتلقون العلاج، على الأقل في الوحدات الصحية العمومية، مثل المشتركين، وفي نفس الظروف.

- إلى جانب مشكلة الاشتراكات، فإن ظاهرة البطالة، التي تطرقنا إليها، لها تأثير سلبي كبير على الموارد المالية لمؤسسات الضمان الاجتماعي.
- نظام المعاشات العمومي، يشكو دائما من عجز مالي، منذ بداية التسعينيات. والسبب يكمن في أن الاشتراكات المقدمة، لا تساير وتيرة الخدمات المقدمة، وفي ظل نسب الإعالة المرتفعة.
- إن نسبة الاشتراكات التي تمثل 34,5% هي معتبرة، ومن الصعب التفكير في زيادتها، دون التأثير على مستويات التشغيل، ومستويات البطالة المرتفعة.

كما قد يكون لذلك آثار سلبية على القدرة التنافسية للجهاز الإنتاجي، للاقتصاد الجزائري، في ظل سياسة الانفتاح المنتهجة، وآفاق الانضمام لمنظمة التجارة العالمية.

إن إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر، أصبح أكثر من ضرورة في الوقت الراهن، وذلك بالنظر لمجمل الاختلالات المسجلة في مجالات التسيير، وضعف التكامل بين القطاعين العام والخاص. هذا الأخير، ورغم تطوره المتسارع في السنوات الأخيرة، إلا أن المعلومات المتعلقة بمستويات نشاطه على المستوى الوطني، تبقى غير مكتملة لدى متخذي القرار.

وقد تم في المدة الأخيرة، تبني جملة من الإجراءات الهادفة لتحسين أداء منظومة العلاج الجزائرية، وتقريب المنشآت الصحية العمومية من السكان، في إطار ما يعرف بالصحة الجوارية. وهو ما يساهم في تكريس التوازن الجهوي في عرض العلاج، وخلق نوع من التسلسل في طلب الخدمات الصحية.

وتبقى المسألة التمويلية تشكل محور الإصلاحات المعتمدة، التي يجسدها مشروع الطبيب المعالج (*Médecin traitant*) الذي يدخل في إطار السعي الجدي للتحكم في نفقات التأمين على المرض، وتحسين نوعية الخدمات المقدمة، ومستويات الحصول

عليها. وتخفيض هذه التكاليف ينتج بالأساس من خلال الدور الذي سيلعبه هذا الطبيب في عمليات توجيه المريض داخل منظومة العلاج، والتسلسل في طلب مختلف الخدمات.

ويعد هذا المشروع خطوة هامة في عصرنة قطاع التأمينات وتعميم نظام الدفع من قبل الغير. وترقية العلاقة بين هيئات الضمان الاجتماعي، الطبيب المعالج، والمريض.

الخـاتمـة

الفعالية الإجمالية للمنظومة الصحية الجزائرية يمكن اعتبارها مقنعة نسبيا، بالنظر إلى إيجابية المؤشرات الصحية المسجلة، في ضوء محدودية النفقات الوطنية للصحة من الناتج الداخلي الخام. غير أن النتائج الايجابية التي تبرزها مختلف المؤشرات الصحية، لا يجب أن تخفي جملة النقائص التي ما تزال تعانيها منظومتنا الصحية، والتي تشكل تحديات كبيرة ينبغي مواجهتها مستقبلا في ظل التحولات الديموغرافية، وتغير خريطة المرض.

فالمنظومة الصحية الجزائرية لا تستجيب بالحجم الكافي للمتطلبات المتنامية للسكان، في ظل ضعف الفعالية. وهو ما يستدعي ضرورة تحسين مستويات التسيير، واعتماد نظام تمويلي يأخذ بعين الاعتبار المعطيات الاجتماعية للفئات الفقيرة، وضعف قدرتها على تحمل تكاليف العلاج والخدمات الصحية.

ومما سبق تبرز أهمية التركيز على الأمور الأساسية، المتمثلة في كيفية الحصول على الموارد المالية بالحجم الكافي، وبما يضمن تحقيق الفعالية، الكفاءة، والعدالة. ومن جهة أخرى اعتماد السياسات الكفيلة بحصول الفئات المحرومة على خدمات الرعاية الصحية الضرورية، دون تعرضهم للمخاطر المالية. وتحقيق هذه الغايات يكون وفق خريطة صحية وطنية مضبوطة، تأخذ في الاعتبار الاحتياجات الصحية للسكان، والسعي الدائم لتحقيق مبدأ التوزيع المتكافئ للموارد، والتجهيزات. كل ذلك في إطار تكامل وظيفي بين القطاعين العام، والخاص.

إن التحكم في التكاليف، وترشيدها، وتخفيض حجم النفقات التي تتحملها الأسر، وحمايتها من الآثار السلبية للإنفاق الباهظ على الصحة، يمكن تحقيقها عبر تبني جملة من الإجراءات، نذكر منها:

- التركيز على الدور القيادي للمستوى الأول للعلاج "العلاج الصحي القاعدي" بالنظر إلى فعاليته في ترشيد التكاليف، وكذا الدور الكبير الذي يلعبه في تحقيق التوازن المطلوب في الحصول على الخدمات الصحية بين مختلف المناطق، والفئات. إضافة إلى دوره في تجسيد البرامج الوقائية، ومن ثم التأثير الإيجابي على حجم النفقات الصحية.
- العمل على تجسيد مبدأ التسلسل في مستويات العلاج، وذلك بتفعيل دور المنشآت الصحية القاعدية، والمستشفيات الجهوية، لتخفيف الضغط المتنامي على المراكز الاستشفائية الجامعية.

- ➢ وضع آليات لتنظيم مستويات عرض العلاج، أخذا بعين الاعتبار ضرورة التكامل بين القطاعين العام والخاص، وتحديد دور هذا الأخير في منظومة العلاج الوطنية. سعيا لتسهيل حصول الفئات الفقيرة على مختلف الخدمات الصحية.
- ➢ ضرورة مواجهة التحديات الجديدة، المتعلقة بتغير خريطة المرض، والهرم السكاني. وذلك بتكثيف برامج التوعية، والتكفل بالأمراض المزمنة، وأمراض الشيخوخة، بفعل الارتفاع المسجل في مؤشر أمل الحياة عند الولادة. وهو ما يدعم أهمية إدراج الدراسات السكانية في وضع، وصياغة السياسات الاجتماعية بشكل عام.

المراجع

1. لمعلومات أكثر حول تلك الفترة، أنظر: كريم النشاشيبي، وآخرون، الجزائر: تحقيق الاستقرار والتحول إلى اقتصاد السوق، صندوق النقد الدولي، واشنطن 1998، ص13.

2. Banque mondiale, République Algérienne démocratique et populaire, a la recherche d'un investissement publique de qualité, Rapport N 36270-DZ, texte principal, volume I, 15 août 2007, pp 11-12.

3. الموقع الالكتروني للديوان الوطني للإحصاء: www.ons.dzp

4. للمزيد من المعلومات أنظر: الموقع الإلكتروني للبنك العالمي، موجز إعلامي عن الجزائر: *www.worldbank.org*

5. Banque Africaine de Développement BAfD/ OCDE,Perspectives économiques en Afrique 2008, annexe statistique, p 682.

6. FMI, Algérie : questions choisies, rapport du FMI No 05 / 52, Mai 2006, p 15.

7. Zahia Ouadah-Bedidi et Jacques Vallin, Maghreb: la chute irrésistible de la fécondité.Population & société, Bulletin Mensuel d'information de l'institut national d'études démographiques,Numéro 59, Juillet – Août 2000.pages 1-4.

8. UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2007 ; Femmes et enfants : le double dividende de l'égalité des sexes, pages 122,123 ,125

9. UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2009 ; La santé maternelle et néonatale.

10. Institut National de la Statistique (INS), Tunisie, www.ins.tn.

11. Royaume du Maroc, Haut commissariat au plan, profil socio-démographique du Maroc, 2004, p 4.

12. République Algérienne démocratique et Populaire, Ministère de la santé, de la population et de la reforme hospitalière, Population et développement en Algérie, CIOD + 10, Rapport National, Décembre 2003, p15.

13. C.N.E.S, et PNUD, Rapport National sur le développement humain, Algérie 2007, p 94.

14. الموقع الالكتروني لبرنامج إدارة الحكم في الدول العربية www.pogar.org/arabic/contries/chart.asp

15. PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007-2008. la lutte contre le changement climatique : un impératif de solidarité humaine dans un monde divisé.

16. UNICEF, La situation des enfants dans le monde 2009 ; La santé maternelle et néonatale.

17. OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2006 .

18. OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2008.

19. OMS, Stratégies de coopération avec la Tunisie 2005 – 2009, p 19.

20. PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2004, La liberté culturelle dans un monde diversifié.

21. PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007- 2008, op.cit.

22. Wadjih Maazouzi et autres, Système de santé et qualité de vie, rapport thématique, cinquantenaire de l'indépendance du Royaume du Maroc, p 32.

23. حسب تقرير التنمية البشرية: **النفقات الصحية العامة** كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي:الإنفاق الجاري والرأسمالي من ميزانيات الحكومة (المركزية والمحلية)، الاقتراض والمنح من الخارج (بما في ذلك تبرعات من وكالات دولية ومنظمات غير حكومية)، وأموال التأمين الصحي الاجتماعي (أو الإلزامي).

أما النفقات الصحية الخاصة، كنسبة مئوية من الناتج المحلي الإجمالي، فتمثل إنفاق الأسرة المباشر (من مالها الخاص) والتأمين الخاص، وإنفاق مؤسسات غير ربحية تخدم الأسر المعيشية، ومدفوعات خدماتية مباشرة من شركات خاصة. وتشكل مع النفقات الصحية العامة إجمالي النفقات الصحية.

24. التقرير الاقتصادي العربي الموحد 2006

25. التقرير الاقتصادي العربي الموحد 2007.

26. OMS, rapport sur la santé dans le monde 2005, Genève

27. OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2006

28. OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2008

29. PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2004, op.cit

30. PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007- 2008, op.cit.

31. لمعلومات أكثر حول مضمون الإصلاحات الجارية في المغرب، أنظر:
Fatiha Kherbach, L. Asma El Alami El Fellousse, Etude sur le financement des soins de santé au Maroc, Rapport final, OMS, Novembre 2007.

32. OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2006, op.cit.

33. OMS, Statistiques Sanitaires Mondiales 2008, op.cit.

34. PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2004, op.cit. PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2005.

35. PNUD, Rapport mondial sur le développement humain 2007- 2008, op.cit.

36. Brahmia Brahim, Quelle alternative de financement de l'assurance maladie dans la transition sanitaire en Algérie, communication présentée au cours du séminaire pour le financement de l'assurance maladie, ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale, Alger, 2008.

37. Idem.

38. Les médicaments génériques.

39. La Banque Mondiale, République Algérienne Démocratique et Populaire, à la recherche d'un investissement publique de qualité, op .cit, p 176.